

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

AS5576

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>432</u>			
Société : <u>R.A.M RETTAIR</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>OUARTI MUSTAPHA</u>
Nom & Prénom : <u>OUARTI MUSTAPHA</u>			
Date de naissance : <u>1.1.1939</u>			
Adresse : <u>49 Rue Al Bawabat Sidi Itay Dabha</u>			
Tél. : <u>06 61 14 42 43</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>28 MARS 2023</u>	
Nom et prénom du malade : <u>OUARTI MUSTAPHA</u> Age : _____	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>maladie musculaire de l'épaule</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : MA Le : 31.13.2023

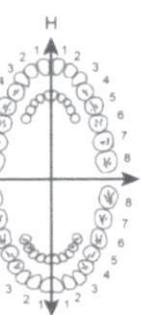
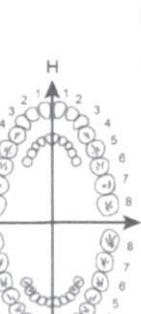
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12-8 MARS 2023	S		500,50	Dr. Rajaa BEN Abdellah DENTISTE Tél: 0524 23 31 10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
RADIOLOGIE MARRAKECH ERRADA M. BENYAHIA Sur Mohamed Sbai 22-2574 c.	20/03/13	K 450 K 450 12/13	1180 DHS	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B			<input type="text"/>
	H	25533412	21433552																	
	00000000		00000000																	
	D	00000000	00000000																	
	35533411		11433553																	
	B																			
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 30/03/2023

Facture

Nom & Prénom : **OUARTI MUSTAPHA**

Date d'examen : 30/03/2023

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE 2 EPAULES BASSIN F	
Montant TOTAL	1180 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE CENT QUATRE VINGT DH

RADIOLOGIE DU MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed BAHI
Tél: 0522257482, 237934/253030. Fax : 0522237705

17, Rue Mohamed BAHI (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482, 237934/253030. Fax : 0522237705

CABINET DE RHUMATOLOGIE
PROFESSEUR BENNIS RAJAA

NOTE D'HONORAIRE

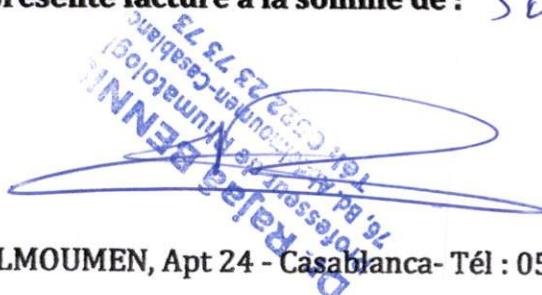
Casablanca, le 28 MARS 2023.

Nom - Prénom du patient : Dr. OUARIT, MUSTAPHA

ACTE ACCOMPLI : Consultation

Arrêtée la présente facture à la somme de :

50000
cinq cent mille



76 Bd ABDELMOUMEN, Apt 24 - Casablanca- Tél : 0522 23 73 73 – 0522 23 49 49

Professeur Rajaâ BENNIS

PROFESSEUR UNIVERSITAIRE DE RHUMATOLOGIE

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

PROFESSEUR (PA) DE MEDECINE INTERNE

Ancienne Enseignante à la faculté de Médecine

de Casablanca

Ex. Résidente Extrangère des Hopitaux de Paris



الأستاذة رجاء بنيس

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم

أخصائية في أمراض العظام و المفاصل

أستاذة في الطب الباطني

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة ملحة سابقا بمستشفى باريس

28 MARS 2023

Casablanca, le :

Dr. Rajaâ BENNIS

- Echographie 2 épaules.
(rupture tendineuse) =
- Rx Banks face

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med. Bahi
Tel : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05

Dr. Rajaâ BENNIS
professeur de Rhumatologie
76, Bd. Abdellatif Ben Casablanca
Tél : 0522 23 73 73

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522 25 74 82
Fax : 0522 23 77 05

Casablanca , le 30/03/2023

Mr. OUARTI MUSTAPHA
DR BENNIS RAJAA

Rx BASSIN FACE :

- Coxarthrose bilatérale avec pincement coxo-fémoral et géode sous chondrale plus marquée au niveau des versants supéro-externes.
- Sacro-iliite bilatérale.
- À noter une arthrose L4-L5 et L5-S1.

ECHOGRAPHIE DES DEUX EPAULES :

À droite :

- On note une rupture transfixante et ancienne du tendon sus épineux avec rétraction tendineuse et une amyotrophie musculaire.
- Pas d'anomalie des autres tendons de la coiffe.
- Pas d'épanchement intra-articulaire.

À gauche :

- Présence d'un épanchement intra-articulaire et de la bourse sous acromio-deltoïdienne.
- Le tendon sus épineux présente une rupture de la partie proximale avec un aspect hétérogène du reste du tendon sans rétraction tendineuse.
- Pas d'anomalie des autres tendons de la coiffe.

AU TOTAL :

- RUPTURE ANCIENNE DE LA COIFFE À DROITE.
- RUPTURE RÉCENTE DE LA COIFFE GAUCHE AU DÉPENS DU SUS ÉPINEUX AVEC ÉPANCHEMENT INTRA-ARTICULAIRE ET DE LA BOURSE SOUS ACROMIO-DELTOÏDIENNE
- À COMPLÉTER ÉVENTUELLEMENT PAR UNE IRM POUR BILAN.

Avec mes amicales salutations.

RADIOLOGIE MAROC
BEP DR BENNYAHIA Z.
Tél. 052 24.82
Fax : 052 24.82
e-mail : drbenyahia.z@wanadoo.fr